

Bilan de santé

Date: _____

Une consultation diététique implique un bilan de santé. Le but du bilan de santé n'est pas d'établir un diagnostic, mais bien de connaître l'état de santé de la personne afin de pouvoir l'orienter dans sa perte de poids. Ce bilan permet aussi de conseiller la personne, s'il y a lieu, à demander un avis médical.

Légende (Pour utilisation du centre)

BAP : Besoin d'approbation préalable**BSM** : Besoin d'une supervision médicale

1. Sommaire (s.v.p. écrire en lettres moulées)

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____ App./unité : # _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____

Courriel : _____

Date de naissance : _____ **Âge** : _____

Profession : _____ Référence : _____

Poids actuel (lb) : _____ Poids l'an passé (lb) : _____

Poids minimum adulte (lb) : _____ À l'âge de : _____

Poids maximum adulte (lb) : _____ Grandeur : _____

Faites-vous de l'exercice : Oui Non Si oui, lequel ? _____À quelle fréquence ? Quotidien hebdomadaire Autre : _____Avez-vous déjà suivi un régime ? Oui Non

Si oui, spécifiez quel régime et pourquoi vous pensez que cela n'a pas fonctionné pour vous (c.-à-d. trop rigide, trop de cuisson impliquée, etc.) :

Sur une échelle de 1 à 10, indiquez le niveau d'importance que vous accordez à perdre du poids en suivant le protocole Ideal Protein^{MC}, supervisé professionnellement (encerclez un chiffre) :

Moins important **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** Très importantÉtat matrimonial : Marié(e) Célibataire Autre Divorcé(e) Veuf/veuve

Combien d'enfants avez-vous ? _____ Quel âge ont-ils ? _____

Qui prépare le plus de repas à la maison ? _____

En moyenne, combien d'heures dormez-vous par nuit ? _____

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ (jj/mm/aa) Initiales: _____

Bilan de santé

1. Sommaire (suite)

Qui est votre médecin de famille ? _____

S.V.P. énumérez tous les médecins que vous consultez et leur spécialité (reportez-vous aux renseignements

Dr _____

Spécialité : _____

Patient depuis : _____

Dernière visite : _____

Dr _____

Spécialité : _____

Patient depuis : _____

Dernière visite : _____

Dr _____

Spécialité : _____

Patient depuis : _____

Dernière visite : _____

Dr _____

Spécialité : _____

Patient depuis : _____

Dernière visite : _____

2. Diabète S.O.

Faites-vous du diabète ?

Oui Non

Si non, passez à la section suivante

Quel type ?

- Type I – Insulinodépendant (injection d'insuline seulement)**
 Type II – Non insulinodépendant (comprimés)
 Type II – Insulinodépendant nécessitant (comprimés et insuline)

Vérifiez-vous votre glycémie ?

Oui Non

Si oui, à quelle fréquence? _____

Si oui, de quelle façon ?

Moi-même Médecin
 Autre – précisez : _____

Êtes-vous sujet à l'hypoglycémie ?

Oui Non

Remarque : Si vous prenez actuellement un médicament inhibiteur de co-transporteur sodium/glucose (SGLT-2), qui contient de l'ebymect, edistride, forxiga, invokana, jardiance, synjardy, vokanamet et xigduo, **VOUS NE POUVEZ PAS DÉBUTER OU ÊTRE SUR LE PROTOCOLE IDEAL PROTEIN - RÉGULIER.** Veuillez parler à vos conseillers du protocole alternatif.

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ (jj/mm/aa) Initiales: _____

Bilan de santé

3. Conditions cardiovasculaires S.O.

Avez-vous eu l'une des conditions cardiovasculaires suivantes ?

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arythmie (BAP) | <input type="checkbox"/> Hyperkaliémie (taux élevé de potassium) (BAP) |
| <input type="checkbox"/> AVC – AIT (BAP) | <input type="checkbox"/> Hypokaliémie (faible taux de potassium) (BAP) |
| <input type="checkbox"/> Caillot sanguin (BAP) | <input type="checkbox"/> Maladie de l'artère coronarien (BAP) |
| <input type="checkbox"/> Crise cardiaque (BSM) | <input type="checkbox"/> Problème de valve cardiaque (BAP) |
| <input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire (BAP) | <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque congestive (BSM) |
| <input type="checkbox"/> Hyperlipidémie (taux élevé de cholestérol/triglycérides) | |
| <input type="checkbox"/> Remplacement de valves du cœur (porcin/mécanique) (BAP) | |
| <input type="checkbox"/> Hypertension (haute pression) (BAP) | |
- Avez-vous déjà subi une chirurgie cardiaque ? Oui Non

Sélectionnez-en un (si applicable) :

Si oui, quel type ? _____

Autres conditions : _____

Si vous avez répondu oui à l'une de ces conditions, donnez les dates d'événements. Pour de multiples conditions, précisez :

4. Conditions rénales S.O.

Avez-vous eu l'une des conditions suivantes :

- | | |
|-------------------------------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie rénale (BAP) | Date : _____ |
| <input type="checkbox"/> Transplantation rénale (BAP) | |
| <input type="checkbox"/> Calculs rénaux | Date : _____ |
- Souffrez-vous de la goutte ? Oui Non
- Si oui, depuis quand ? _____
- Si oui, quel médicament a été prescrit ? _____
- Si non, avez-vous déjà souffert de la goutte ? Oui Non

Si vous avez répondu oui à l'une de ces conditions, donnez les dates d'événements. Pour de multiples conditions, précisez :

5. Problèmes hépatiques S.O.

Avez-vous déjà eu des problèmes de foie ? Oui Non Date : _____

Si oui donnez la liste : _____

Avez-vous déjà eu des calculs biliaires ? Oui Non

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ (jj/mm/aa) Initiales: _____

Bilan de santé

6. Conditions intestinales S.O.

Avez-vous eu l'une des conditions suivantes :

- | | |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Colite ulcéreuse | <input type="checkbox"/> Diverticule |
| <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Syndrome du côlon irritable |

Si vous avez répondu oui à l'une de ces conditions, donnez les dates d'événements. Pour de multiples conditions, précisez :

7. Problèmes digestifs S.O.

Avez-vous eu l'une des conditions suivantes :

- | | |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brûlure d'estomac | <input type="checkbox"/> Reflux gastro-oesophagien |
| <input type="checkbox"/> Intolérance au gluten | <input type="checkbox"/> Ulcère d'estomac (BAP) |
| <input type="checkbox"/> Maladie cœliaque | <input type="checkbox"/> Historique de chirurgie bariatrique (BAP) |

Si oui, quel genre de chirurgie bariatrique ?

8. Conditions ovariennes et thoraciques S.O.

Avez-vous l'une des conditions suivantes :

- | | |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Absence de menstruations | <input type="checkbox"/> Menstruations abondantes |
| <input type="checkbox"/> Fibrome utérin | <input type="checkbox"/> Menstruations douloureuses |
| <input type="checkbox"/> Hystérectomie | <input type="checkbox"/> Menstruations irrégulières |
| <input type="checkbox"/> Kyste à la poitrine | <input type="checkbox"/> Ménopause |

Date du dernier cycle menstruel : _____

Prenez-vous présentement un contraceptif oral ? Oui Non

Êtes-vous enceinte ? Oui Non

Allaitez-vous ? Oui Non

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ (jj/mm/aa) Initiales: _____

Bilan de santé

9. Problèmes endocriniens S.O.Avez-vous un trouble du fonctionnement thyroïdien ? Oui Non

Si oui, spécifiez : _____

Avez-vous des problèmes de parathyroïdes ? Oui Non

Si oui, spécifiez : _____

Avez-vous des problèmes de glandes surrénales ? Oui Non

Si oui, spécifiez : _____

Vous a-t-on déjà dit que vous aviez le syndrome métabolique ? Oui Non**10. Conditions neurologiques et émotionnelles** S.O.

Est-ce qu'une des conditions ci-dessous s'appliquent à vous ?

 Attaques de panique Historique de boulimie Anxiété Maladie d'Alzheimer Dépression Maladie de Parkinson Épilepsie (BAP) Schizophrénie Historique d'anorexie Trouble bipolaireAutres – précisez : _____
_____**11. Conditions inflammatoires** S.O.

Est-ce qu'une des conditions ci-dessous s'appliquent à vous ?

 Arthrose Polyarthrite rhumatoïde Fibromyalgie Psoriasis Lupus Sclérose en plaques Migraines Syndrome de fatigue chronique Autre condition inflammatoire ou auto-immune

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ (jj/mm/aa) Initiales: _____

Bilan de santé

12. Cancer S.O.

Avez-vous un cancer ? (BSM)

Oui

Non

Si oui, quel type et où est-il localisé ?

Avez-vous déjà eu un cancer ? (BSM)

Oui

Non

Si oui, quel type et où était-il localisé ?

Ce cancer est-il en rémission ? (BSM)

Oui

Non

Si oui, depuis quand ?

13. Général S.O.

Avez-vous d'autres problèmes de santé ?

Oui

Non

Si oui, spécifiez :

14. Allergies S.O.

Avez-vous des allergies alimentaires ou des intolérances ?

Oui

Non

Si oui, spécifiez :

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ (jj/mm/aa) Initiales: _____

Bilan de santé

15. Habitudes alimentaires

Veillez être le plus honnête possible afin que nous puissions mieux vous aider.

DÉJEUNER

Prenez-vous un déjeuner tous les matins ? Oui Des fois Jamais

Heure approximative : _____

Exemples : _____

Prenez-vous une collation avant le dîner ? Oui Des fois Jamais

Heure approximative : _____

Exemples : _____

DÎNER

Prenez-vous un dîner tous les midis ? Oui Des fois Jamais

Heure approximative : _____

Exemples : _____

Prenez-vous une collation avant le souper ? Oui Des fois Jamais

Heure approximative : _____

Exemples : _____

SOUPER

Soupez-vous tous les soirs ? Oui Des fois Jamais

Heure approximative : _____

Exemples : _____

Prenez-vous une collation en soirée ? Oui Des fois Jamais

Heure approximative : _____

Exemples : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ (jj/mm/aa) Initiales: _____

Bilan de santé

AUTRE

Êtes-vous végétalien ?

 Oui Non

Les végétaliens stricts ne se qualifient pas pour le protocole, en raison des restrictions alimentaires.

Êtes-vous végétariens ?

 Oui Non

Combien de verres d'eau prenez-vous par jour ? _____

verres par jour

Combien de tasses de café buvez-vous par jour ? _____

tasses par jour

Fumez-vous ?

 Oui Non

Si oui, combien de cigarettes par jour ? _____

Depuis combien de temps ? _____

Buvez-vous de l'alcool ?

 Oui Non

Si oui, que buvez-vous et combien de fois ? _____

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ (jj/mm/aa) Initiales: _____

Bilan de santé

Confirmation de divulgation complète par le client ou la cliente quant à son état de santé et renonciation

Je confirme que les renseignements que j'ai fournis au prestataire de service du protocole Ideal Protein^{MC} (le « Centre »), lesquels sont tous indiqués dans ce questionnaire de santé Ideal Protein^{MC}, sont véridiques et complets, et qu'aucun renseignement concernant mon état de santé n'a été retenu ou autrement omis, soit en tout ou en partie. À cet égard, je confirme que j'ai divulgué i) toutes les maladies, conditions et/ou préoccupations d'ordre physique et/ou psychologique que j'ai ou que j'ai pu avoir, ii) tous les diagnostics et toutes les chirurgies que j'ai pu avoir, et iii) tous les médicaments que je prends ou que j'ai déjà pris en raison d'une ordonnance reçue d'un professionnel de la santé.

Sans limiter la généralité de ce qui précède, je confirme spécifiquement que je n'ai aucune des **maladies**, et que je ne prends aucun des **médicaments identifiés en mauve / ou identifiés avec BAP ou BSM dans ce questionnaire**. Je comprends par ailleurs que je ne dois pas suivre le protocole Ideal Protein^{MC} si je suis atteint/e par l'une ou l'autre desdites maladies ou si je prends actuellement l'un ou l'autre desdits médicaments à moins i) de consulter un médecin au préalable pour confirmer par écrit que je peux suivre le protocole Ideal Protein^{MC}, ii) que je demeure sous la supervision dudit médecin pendant toute la période où je suis le protocole Ideal Protein^{MC}, et iii) que je fournisse la documentation appropriée pour confirmer ce qui précède.

Je comprends i) que si je suis atteint/e par une des maladies ou que je prends un des médicaments identifiés ci-dessus, ii) que je n'ai pas divulgué ces renseignements au Centre, et iii) que je choisis néanmoins de suivre le protocole Ideal Protein^{MC} sans être suivi/e par un médecin, cette décision de ma part est complètement volontaire et je, pour moi-même et pour mes successeurs, dégage le Centre ainsi que Laboratoires C.O.P. Inc., leurs actionnaires, leurs filiales et leurs sociétés affiliées et chacun de leurs administrateurs, dirigeants, mandataires, représentants, successeurs et ayants droit respectifs (collectivement, les « **renonciataires** ») de toute responsabilité, de toute réclamation et de tout dommage de quelque nature que ce soit (notamment en raison de toute blessure, de toute maladie, et même en cas de décès) que je pourrais subir suite à cette décision volontaire de suivre le protocole Ideal Protein^{MC}.

Je confirme que le protocole Ideal Protein^{MC} m'a été expliqué, que j'ai été en mesure de poser des questions concernant ce protocole et que les réponses à ces questions m'ont été données. Je confirme également que je comprends l'importance de suivre rigoureusement le protocole Ideal Protein^{MC} de la façon dont il m'a été expliqué verbalement et dans la documentation qui m'a été et qui pourrait m'être remise.

Sans limiter ce qui précède, je confirme avoir été avisé/e que, compte tenu des limites imposées quant à la consommation de certains aliments pendant que je suis le protocole Ideal Protein^{MC}, il est important que je prenne les vitamines et minéraux qui sont recommandés pendant toute la période où je suis le protocole Ideal Protein^{MC}.

Je m'engage à divulguer immédiatement au Centre tout changement de mon état de santé, tout inconfort, tout symptôme ou toute autre préoccupation concernant mon état de santé que je pourrais avoir pendant la période durant laquelle je suis le protocole Ideal Protein^{MC}.

Signé à _____ (ville/province), en ce ____ ^{ième} jour de _____, 20 ____.	
Nom du témoin (lettres moulées) : _____	
Nom du client/de la cliente (lettres moulées) : _____	
_____ Signature du client/de la cliente	_____ Signature du témoin

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ (jj/mm/aa) Initiales: _____